

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 131

## UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LE

# Traitement des Synovites Bacillaires

## THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1921

PAR

Théodore CHAMPNEUF

Né à Béziers, le 25 Mai 1890.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

|                             |   |                                        |   |                   |
|-----------------------------|---|----------------------------------------|---|-------------------|
| Examinateurs<br>de la Thèse | { | FORGUE, professeur, <i>Président</i> . | { | <i>Assesseurs</i> |
|                             |   | ESTOR, professeur.                     |   |                   |
|                             |   | RICHE, agrégé.                         |   |                   |
|                             |   | ETIENNE, agrégé.                       |   |                   |

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921



UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LE

**TRAITEMENT DES SYNOVITES BACILLAIRES**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N°131

UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LE

# Traitement des Synovites Bacillaires

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1921

PAR

Théodore CHAMPNEUF

Né à Béziers, le 25 Mai 1890.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs  
de la Thèse

{ FORGUE, professeur, *Président*.  
ESTOR, professeur.  
RICHE, agrégé.  
ETIENNE, agrégé.

{ *Assesseurs* }

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921



# PERSONNEL DE LA FACULTE

## Professeurs

|                                                  |                            |
|--------------------------------------------------|----------------------------|
| Anatomie .....                                   | MM. GILIS.                 |
| Histologie .....                                 | VIALLETON.                 |
| Physiologie .....                                | GRYNFELTT                  |
| Physique médicale .....                          | HEDON.                     |
| Chimie biologique et médicale.....               | IMBERT.                    |
| Botanique et histoire naturelle médicales.....   | DERRIEN, <i>doyen</i> .    |
| Anatomie pathologique .....                      | GRANEL.                    |
| Microbiologie .....                              | MASSABUAU.                 |
| Pathologie et thérapeutique générales.....       | LISBONNE                   |
| Pathologie interne .....                         | BOSC.                      |
| Thérapeutique et matière médicale.....           | N...                       |
| Hygiène .....                                    | VIRE.                      |
| Médecine légale et toxicologie.....              | BERTIN-SANS (H.)           |
| Clinique médicale .....                          | N...                       |
| Clinique chirurgicale .....                      | DUCAMP.                    |
| Clinique obstétricale .....                      | VEDEL.                     |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses...   | TEDENAT.                   |
| Clinique ophtalmologique .....                   | FORGUE, <i>assesseur</i> . |
| Clinique des maladies des enfants.....           | VALLOIS.                   |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie... | MAIRET.                    |
| Clinique gynécologique .....                     | TRUC.                      |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....          | BAUMEL.                    |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....   | ESTOR.                     |
|                                                  | DE ROUVILLE.               |
|                                                  | MOURET                     |
|                                                  | JEANBRAU.                  |

## Honorariat

*Doyens honoraires:* MM. VIALLETON et MAIRET.

*Professeurs honoraires:* MM. E. BERTIN-SANS et RODET

*Secrétaires honoraires:* MM. GOT et IZARD

## Chargés de Cours complémentaires

|                                                  |             |
|--------------------------------------------------|-------------|
| Clinique propédeutique de chirurgie.....         | MM. RICHE.  |
| Clinique propédeutique de médecine.....          | RIMBAUD.    |
| Clinique des maladies des vieillards.....        | EUZIERE.    |
| Clinique des maladies syphilitiques et cutanées. | MARGAROT    |
| Médecine opératoire .....                        | SOUBEYRAN.  |
| Pathologie chirurgicale .....                    | ETIENNE.    |
| Accouchements .....                              | DELMAS (P.) |
| Pharmacologie .....                              | GALAVIELLE. |
| Matière médicale .....                           | CABANNES.   |
| Stomatologie .....                               | WATON.      |

## Agrégés en exercice

|               |   |                |                 |   |             |
|---------------|---|----------------|-----------------|---|-------------|
| Médecine ...  | { | MM. LEENHARDT. | Chirurgie.....  | { | MM. RICHE.  |
|               |   | GAUSSEL.       |                 |   | ETIENNE.    |
|               |   | EUZIERE.       |                 |   | LAPEYRE.    |
|               |   | RIMBAUD.       |                 |   | DELMAS (P.) |
| Anatomie..... |   | MARGAROT.      | Accouchements.. |   | GALAVIELLE  |
| Chimie.....   |   | DELMAS (J.)    | Histoire natur. |   | CABANNES.   |
|               |   | MESTREZAT      | Physique.....   |   | PECH.       |

## Examineurs de la thèse:

|                                            |                    |
|--------------------------------------------|--------------------|
| MM. FORGUE, professeur, <i>Président</i> . | MM. RICHE, agrégé. |
| ESTOR, professeur.                         | ETIENNE, agrégé.   |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE  
DE MA GRAND-TANTE MARIE NOGUÈS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de mon affection  
et de ma reconnaissance.*

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

T. CHAMPNEUF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR FØRGUE  
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A' MON JURY DE THÈSE

T. CHAMPNEUF.

# UN POINT DE TECHNIQUE

DANS LE

## TRAITEMENT DES SYNOVITES BACILLAIRES

---

### I

Les synovites bacillaires sont au nombre des affections qui se montrent le plus rebelles au traitement. A ce point que, pendant l'ère préantiseptique, on en était venu à renoncer à toute intervention ; et Shwartz a pu écrire : « Jusqu'à ces dernières années, la synovite à grains riziformes a été considérée par un grand nombre et des plus éminents, comme susceptible seulement d'un traitement palliatif. »

Nous en comprenons bien la raison maintenant que le mécanisme des infections associées nous est parfaitement connu ; ce sont elles qui rendaient l'intervention inutile et dangereuse et l'on conçoit que l'expérience des chirurgiens se soit résolue à l'abstention devant des résultats malheureux et si contraires aux espoirs légitimes que permettaient des techniques rationnellement conçues et habilement exécutées.

Avec l'antisepsie, le problème a changé. Aucun élément inconnu, ou d'action inconstante et capricieuse, ne se

superpose à l'intervention du chirurgien. Celui-ci, désormais, n'a plus affaire qu'à la tuberculose, au bacille de Kock, et il connaît suffisamment sa manière d'agir pour lutter efficacement contre lui.

Et cependant, son embarras est grand encore, quand il se trouve en présence d'un synovite bacillaire. Nous en trouvons l'aveu dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu-Delbet : « Le traitement de la synovite à grains riziformes a fait le désespoir de tous les chirurgiens ». Il faut entendre par là, qu'aucun traitement n'apporte une guérison parfaite, nous voulons dire une restauration organique et fonctionnelle qui ne soit pas obtenue au prix de sacrifices trop considérables et hors de proportion avec les lésions.

A quoi tient donc cette malaisance ? Ce n'est pas à la nature bacillaire de l'affection. La tuberculose n'a pas une évolution mystérieuse qui rende vaines toutes les tentatives dirigées contre elle. Des lois spéciales ne président point à son évolution. C'est une infection qui peut rester localisée longtemps et guérir sans atteindre l'organisme entier.

Il s'agit, soit de détruire le bacille, soit d'empêcher son action, soit enfin de l'enlever, et dans ce cas on peut enlever les lésions qu'il a créées ou l'organe qui l'abrite. Toutes techniques s'inspirent de ces données. Et l'on voit tout de suite que le problème opératoire se réduit en somme à parvenir sur la lésion. C'est la difficulté de cet accès qui rendra l'intervention difficile et ses résultats plus ou moins favorables, selon la proportion des sacrifices qu'elle imposera.

Or, quand on considère les synoviales tendineuses, surtout celles de la face ventrale du membre supérieur, nous voyons que leur disposition, leur situation, leurs

voisinages anatomiques accumulent les obstacles devant le couteau du chirurgien. Il en résulte que dans certains cas, des lésions relativement peu avancées, obligent à des opérations qui paraîtraient nécessaires seulement pour des lésions d'un degré plus avancé.

Le point est de savoir si ces sacrifices inutiles sont vraiment inévitables ; et, puisque le problème se réduit à une question de technique, si les techniques actuelles sont les seules applicables,

Le but de notre travail est d'exposer un procédé nouveau, imaginé, réglé et expérimenté par M. le professeur Forgue, qui l'a nommé le ramonage. Nous le décrirons après avoir résumé rapidement les traitements en cours ; nous indiquerons ensuite dans quel cas il peut leur être substitué et nous terminerons par une observation où il a été appliqué.

Mais auparavant qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements à M. le professeur Forgue qui a bien voulu nous autoriser à publier ce procédé nouveau. Nous sommes heureux qu'après nous avoir prodigué pendant nos années d'étude les leçons de son enseignement, il nous ait facilité, par sa généreuse bienveillance, le travail de notre thèse. Nous ne pourrions pas oublier un tel maître.

---

Nous résumerons d'abord le traitement conservateur. Il diffère selon qu'on se trouve en présence d'une synovite fongueuse ou d'une synovite à grains riziformes ; ce sont les deux formes sous les quelles évoluent le plus généralement les synovites bacillaires ; en tous cas les autres formes synovites séreuses, synovites à contenu gélatineux, myélome des gaines sont justiciables des mêmes traitements.

1° *Synovites fongueuses*. — Le degré des lésions fixe le traitement.

a) Si elles sont à leur début on se borne à comprimer et à immobiliser les organes atteints. On applique cette donnée du traitement général de la tuberculose, que le repos, en empêchant la diffusion des lésions et en favorisant les réactions de défense de l'organisme, est un agent thérapeutique de premier ordre. Mais si le bacille est plus virulent, si l'organisme est dans de mauvaises conditions de défense, si les lésions sont trop avancées, l'immobilité et la compression ne suffisent plus ; il faut avoir recours à des moyens plus actifs,

b) Ils s'inspirent encore de la connaissance de l'évolution des produits tuberculeux. Cette évolution est de tendance fibro-caséuse. On essaye de provoquer artificiellement ou d'accélérer la transformation fibreuse des

tissus autour des bacilles qu'elle étouffe en quelque sorte.

L'ignipuncture profonde et les injections sclérogènes ont donné, dans cette voie, les résultats les plus efficaces. Leur action est la même. Leur application est différente. Tandis que l'ignipuncture est poussée en pleins tissus, au contact même des lésions, les injections sclérogènes portent autour des tissus les produits modificateurs. On a utilisé successivement bien des agents chimiques. Actuellement on s'en tient surtout à la solution de Lannelongue, le chlorure de zinc à 1/10.

Quelle est la valeur thérapeutique de ces traitements. Nous dirons seulement qu'ils sont douloureux, imprécis, infidèles. Leurs résultats sont à longue échéance. Les récidives sont fréquentes. Certes, on peut, on doit parfois les appliquer au début de l'affection ; mais il ne faut pas compter absolument qu'ils éviteront l'intervention sanglante.

2° *Synovites à grains riziformes.* — Cette forme ne permet pas l'application d'un traitement conservateur efficace.

L'immobilisation, la compression sont encore utilisées, au début. Plus tard l'anatomie pathologique de l'affection empêche de provoquer les réactions fibreuses de l'organisme. On a bien essayé, sans grand succès, l'ignipuncture profonde, après évacuation de la poche par ponction. On a pratiqué aussi les ponctions répétées de la poche suivies d'injections modificatrices à l'éther iodoformé, comme dans les abcès froids. Mais ici, bien plus que dans les synovites fongueuses, il faut avoir recours à l'intervention sanglante.

Elle est de rigueur quand les traitements conservateurs

ont échoué ou quand on se trouve d'abord en présence de lésions trop avancées.

Elle comporte deux opérations différentes : le curetage des gaines et l'exérèse des gaines. Mais ici le manuel opératoire est le même, qu'il s'agisse d'une synovite fongueuse ou d'une synovite à grains riziformes. Nous en dirons quelques mots rapides.

1° LE CURETTAGE. — Il comprend trois temps :

a) *Les incisions*. — S'il s'agit d'une gaine simple, celle du petit doigt par exemple, il est nécessaire de fendre la gaine sur toute sa longueur. Dans les kystes de la main on doit faire deux incisions : l'une palmaire, l'autre anti-brachiale, au point culminant entre le tendon du grand palmaire et l'artère cubitale.

b) *Le nettoyage*. — Dans les synovites fongueuses il se fait avec la curette de Wolkman ; il faut avoir soin de gratter les parois jusqu'à ce qu'on arrive sur le tissu fibreux, de gratter les tendons et de poursuivre les traînées fongueuses dans les tissus voisins.

Dans les synovites à grains riziformes il faut d'abord expulser les grains libres ou encore adhérents. On pousse avec force dans la gaine une injection antiseptique qui agit à la manière d'une chasse d'eau. La poche doit être grattée avec la curette tranchante de Wolkman pour enlever les grains adhérents et la couche fibrinoïde. Les tendons doivent être soumis à la même opération. Enfin pour parfaire le curage il est bon de frotter toutes les surfaces avec un tampon imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 1/10.

c) *Le drainage*. — On glisse dans le canal carpien un tube qui émerge à chaque incision. Mais ce tube com-

primé par le ligament annulaire antérieur assure mal le drainage et, d'autre part, compromet la mobilité des tendons. Aussi se contente-t-on d'un tube palmaire et d'un tube antibrachial.

L'immobilité de la main et des doigts dans une attelle plâtrée pendant quinze jours est de rigueur.

2°) EXÉRÈSE DES GAINES — Après avoir incisé et évacué le contenu de la gaine, on la dissèque à la pince et aux ciseaux courbes. On enlève aussi les mésotendons, à la curette si l'on ne peut faire autrement. Les tendons couverts de fongosités sont curettés ; si leur curettage n'est pas possible il faut les réséquer et suturer le bout supérieur aux tendons voisins.

---

### III

Il est évident que la synovectomie, en pratiquant l'ablation des produits tuberculeux, est une opération parfaite, mais elle est difficile à exécuter, parfois même impossible. Sans doute au pied, à la face dorsale de la main, les rapports de voisinage des gaines ne constituent pas des obstacles insurmontables. Il n'en va plus de même en ce qui concerne la face palmaire de la main et de l'avant bras.

Le canal carpien constitue un isthme ostéo-fibreux où viennent converger, serrés les uns contre les autres, des tendons, des artères, des nerfs qui plus loin divergent et s'étalent dans la paume et vers les doigts. On risque fort, à ce niveau, en pratiquant l'exérèse, que les tiraillements exercés sur les gaines dont la mobilité naturelle est peut-être troublée par des connexions pathologiques, n'amènent de graves dégâts.

A l'avant-bras le danger est peut-être moindre ; à la paume, les gaines sont situées profondément, sous un double réseau d'artères et de nerfs qui sont tendus au-dessus d'elles à la façon d'un treillis et qu'il faut bien déchirer plus ou moins pour parvenir jusqu'à elles. Quelque soin qu'on y apporte il sera difficile de manœuvrer avec sûreté le bistouri dans cet enchevêtrement d'éléments délicats. Il faut tenir compte aussi que la topographie des gaines est inconstante ; et qu'à cette incertitude

de leur trajet s'ajoute encore l'inconnu des rapports pathologiques que créent les lésions tuberculeuses : connexions, diverticules fongueux, abcès de la paume et de l'avant-bras.

Nous voyons donc quels dangers présente l'ouverture des gaines ou leur exérèse.

Mais une autre difficulté se présente, quand au niveau du tunnel carpien, l'exérèse est impossible. Il faut pour tant arriver sur les lésions qui se dissimulent sous le ligament annulaire antérieur ; il faut les voir. Un seul moyen le permet : c'est la section de ce ligament.

Quelle est la valeur de ce procédé ?

J.-E. Copeland, dans la *Revue de Chirurgie* de 1882, rapporte qu'il a été pratiqué pour la première fois, par Syme, vers 1850. « Syme se demande si l'anneau fibreux n'est pas la cause de la persistance des accidents. Il pratique la section complète dans un cas qui date de deux ans. Au bout de peu de temps, le malade reprend l'usage de sa main. La guérison se maintient. Il cite un cas analogue. L'affection datait de dix-sept ans ; section du ligament annulaire, au bout de six semaines, guérison complète ; auparavant, tous les moyens ordinaires avaient été employés sans amener aucune amélioration. » Donc, succès en un temps où la pratique chirurgicale était moins sûre qu'aujourd'hui !

Il a encore donné de bons résultats depuis. Il n'en reste pas moins que le ligament annulaire est d'une grande importance dans le bon fonctionnement des doigts, car il maintient les tendons dans la seule position où leur mouvement soit correct. L'inconvénient vient surtout de ce fait qu'une fois sectionné, il est difficile de le restaurer dans son état normal. Il faut le respecter le plus possible.

Certes, il est des cas où sa section s'impose. Lecène

n'hésite pas à le sacrifier dans les phlegmons des gaines, où il constitue alors un véritable danger, en bridant les collections purulentes et en maintenant les rétentions septiques, nuisibles à l'organisme entier.

Mais, dans les synovites bacillaires, il ne constitue pas un danger pour l'organisme ; il est un obstacle opératoire, sans plus. Ni la septicité des lésions, ni l'urgence d'agir et d'agir vite, sans avoir le choix des procédés les plus économiques, n'imposent ici sa section. On doit le respecter, et on le peut avec le procédé du ramonage.

---

#### IV

##### LE RAMONAGE

La technique comprend six temps :

1° Incision tégumentaire suivant l'axe de la gaine et sur toute sa longueur, sans dépasser, en haut et en bas, les lésions. Découverte de la gaine atteinte.

2° Incision de la portion de la gaine sous jacente au ligament annulaire, évacuation par pression du liquide et des grains riziformes.

3° Excision de la partie superficielle de la gaine au-dessus du ligament annulaire et des tissus fongueux avoisinants.

4° Introduction d'une sonde cannelée sous le ligament annulaire et contre incision de la gaine dans sa portion palmaire

5° Introduction, au moyen d'une pince courbe, d'une mèche bien régulièrement imbibée de solution créosotée à 20 pour 100, assez longue pour en pouvoir saisir les deux extrémités. On imprime alors à cette mèche des mouvements de va et vient à frottements durs et on recommence avec de nouvelles mèches, jusqu'à ce que celles-ci n'emportent plus avec elles de débris fongueux et que la gaine soit bien nettoyée.

6° Suture sans drainage et pansement à plat, Au hui-

tième jour, ablation des fils et mobilisation douce et progressive des tendons intéressés.

Il faut évidemment que les lésions tuberculeuses ne soient ni trop avancées, ni disséminées dans les tissus voisins, pour que ce procédé soit applicable. Il n'aura de succès que lorsque les lésions seront localisées aux gaines et capables d'être entraînées par le frottement de la mèche. C'est donc surtout dans la synovite à grains riziformes qu'il trouve sa principale indication ; mais il peut être employé aussi avec succès dans la synovite fongueuse non fistulisée.

Les avantages sont nets. L'intervention est rapide, la technique n'est pas compliquée. Elle permet d'éviter les lésions opératoires de la paume de la main. Enfin et surtout elle assure l'intégrité du ligament annulaire antérieur. Notons en passant que dans ce procédé le ligament annulaire concourt même à la réussite de l'opération ; la mèche qui ramone, bridée par lui et serrée dans la gaine synoviale, exerce grâce à cette pression, des frottements plus efficaces.

Les résultats sont parfaits, comme en témoigne l'observation suivante.

---

V

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Léontine L., entre dans le service du professeur Forgue pour synovites tuberculeuses à localisations multiples (gainés cubitales et gaine péronière gauche). C'est une jeune fille de 21 ans dont les antécédents héréditaires personnels et collatéraux sont nettement bacillaires. Une sœur est actuellement en traitement dans le service pour adénite cervicale bacillaire.

Elle même a présenté à l'âge de 13 ans une ostéite du quatrième métacarpien gauche avec abcès froid du dos de la main.

Elle a conservé un bon état général et l'examen des divers appareils ne révèle pas de traces de localisations secondaires. Les poumons, en particulier, sont intacts.

Le début de l'affection remonte à sept ans. Elle a commencé par l'apparition d'une tuméfaction indolente et à évolution froide contournant la malléole externe gauche ; elle reste stationnaire jusqu'en février 1920. A ce moment la malade reçoit un coup de pied sur la cheville qui ne semble pas avoir influencé la marche des lésions ; cependant, après chaque fatigue, la cheville est douloureuse. Quatre après cette atteinte de la malléole externe, la malade éprouve des fourmillements dans

les cinquièmes doigts ; puis, simultanément, une tuméfaction allongée, d'allure froide, se développe sur les deux gaines cubitales ; elle soulève le ligament annulaire extérieur du carpe et limite les mouvements de flexion et d'extension des deux derniers doigts. A son entrée dans le service le 29 mars 1921, la gouttière rétromalléolaire externe gauche est comblée par une tuméfaction qui empiète sur la malléole, remonte en arrière du péroné à quatre travers de doigt au dessus de la pointe malléolaire et se perd sur le bord externe du pied. Aux membres supérieurs une tuméfaction allongée occupe la moitié interne de la face extérieure des deux poignets soulevant le ligament annulaire antérieur, remontant le long de la gaine cubitale à droite à quatre travers de doigt au-dessus du pli de flexion, à gauche un peu moins haut, à deux travers de doigt, et s'étendant pareillement sur le bord cubital de la main de façon à soulever l'éminence hypothénar et se perdre sous elle.

La palpation montre que les lésions, dont deux datent de la même époque, n'ont pas présenté la même évolution anatomique. Les gaines cubitale gauche et péronière donnent l'impression d'une masse fluctuante de consistance uniforme, à contours peu sensibles et empâtés. La gaine cubitale droite, au contraire, est plus tendue, renittente même, à parois épaisses et moins empâtées dans son ensemble que les autres gaines lésées si bien que son extrémité supérieure est perceptible et nette. Elle est fortement bridée par le ligament annulaire antérieur du carpe et, à la pression énergique de sa portion palmaire en chasse les grains riziformes dans la poche antibrachiale, obtenant ainsi une sensation de chaînon. Toutefois ces grains, à leur passage, donnent l'impression d'être plus ramollis qu'à l'habitude, de sorte qu'on peut préjuger du degré avancé des lésions.

En aucun point, pas plus aux membres supérieurs qu'au cou-de-pied, nous n'avons pu déceler de foyer osseux douloureux.

M. le professeur Forgue intervient, le 8 avril 1921, sous anesthésie générale à l'éther.

Sur les gaines des péroniers latéraux gauches et cubitale gauche, pointes de feu profondes et pansement compressif. Sur la gaine cubitale droite, il applique le procédé du ramonage.

Il est facile, aujourd'hui, de comparer les résultats obtenus et de juger de la valeur des deux procédés employés. Les gaines péronière et cubitale gauches, qui avaient été cautérisées, ont donné issue, les jours suivants, à de la sérosité sur les points de cautérisation, qui a nécessité un pansement tous les deux jours. Tout écoulement a cessé après une quinzaine de jours, mais les lésions sont très peu modifiées. La gaine cubitale gauche est encore le siège d'un épanchement ; elle est épaissie, douloureuse et les mouvements d'extension et de flexion des doigts sont limités. Au cou de-pied, même résultat.

Sur la gaine cubitale droite, au contraire, le résultat est parfait ; la tuméfaction a disparu complètement, les douleurs ont cessé et les mouvements d'extension et de flexion des deux derniers doigts sont intégralement recouverts. Les suites post-opératoires ont été très simples. Le pansement, enlevé au septième jour, pour l'ablation des crins, était sec ; le résultat fut immédiat.

Le procédé du ramonage a donné, dans ce cas, un résultat qu'aucun autre procédé n'aurait peut-être donné.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- RINGBOM. (J. W.) — On synovial cystor. Helsingfors 1864
- BIRD (F. D.) — Synoviotomy. Austral M. J. Melbourne 1889, n. s., 196-199
- JACOULET. — Traitement chirurgical des tumeurs synoviales tendineuses et articulaire. *Bull. soc. cent. de méd. vet.*, Paris 1899, n. s. XVII, 457-463.
- DABAN (P.) — De la nature de la synovite à grains riziformes. Paris 1889.
- DOUMENG (B.) — Des synovites fongueuses primitives de la gaine des fléchisseurs des trois doigts du milieu de la main. Lyon 1897.
- GUINET (R.) — Sur la synovite tuberculeuse du cubital postérieur, Lyon 1897.
- MASSON (P.) — Contribution à l'étude du traitement des synovites tendineuses du poignet d'origine tuberculeuse. Nancy 1896.
- MULLIEN (T.) — De l'extirpation dans les synovites à grains riziformes. Paris 1893.
- NICAISE (E.) — De la synovite tendineuse à grains riziformes et de la synovite sèche. Paris 1872.
- DECOUVELOERE (G.) — Hydrosynovite tuberculeuse chronique. *J. d. sc. med.* de Lille 1903, I, 562-565.
- DEROCQUE. — Note à propos du traitement des synovites crépitanes. *Normandie méd.* Rouen 1903, XVII, 443.

- FISK (A. L.) — Tubercular tenosynovitis. *Ann Surg. Phila.* 1902, XXXVI, 131-138.
- FOUCHARD (L.) — Synovite à grains riziformes. *J. d. sc. méd. de Lille* 1899, II, 402-404.
- GUYOT ET CARLES (J.) — Synovite fongueuse du petit doigt. *Bull. soc. d'anat. et physiologie de Bordeaux* 1900, XXI, 10-12.
- LE GUENT. — Synovites à grains riziformes de la gaine radio-carpienne, ablation de la gaine. *J. d. sc. méd. de Lille* 1898, I, 544-46.
- MASKE (E.) — Beitrag zur Kosnistik der synovialtuberkulose und zur iodoformfrage. *Central f. Chir.*, Leipzig 1882, IX, 369-371.
- POISSON (L.) — Tubercules des synoviales tendineuses; traitement. *Gaz. méd. de Nantes* 1890 91, IX, 36-39.
- Synovites tendineuses tuberculeuses. *Ibid.* 1898 99, XVII, 146-48.
- SCHWARTZ (E.) — Synovites à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. Traitement. *Bull. et mémoire. Société de Chirurgie de Paris* 1887, 744-746.
- SENN (N.) — Synovial tuberculosis. *Méd. Agr. Détroit* 1901, XIX, 569,
- SIEUR. — Sinovite primitive tuberculeuse des péroniers, *Lyon méd.*, 1896.
- TAPPEY (E. T.) — Tuberculous tendosynovitis. Physician et Surg., *Détroit et Ann. Arbor.* 1897, XXIV, 68.
- TÉDENAT (E.) — Sur la tuberculose des synoviales tendineuses. *Montpellier médical* 1890, 2, s., XIV, 101-197 243.
- TOMASELLI. — Tenosinovite a grani riziformi. *Gazz. d. osp.*, Milano 1901, XXII, 1585 1588.

WALLICH (V.) — Sur la nature tuberculeuse des synovites à grains riziformes. *Compte rendu. Soc. de biol.*, Paris 1888, 8 s., V, 762.

— De la tuberculose de gaines synoviales tendineuses. *Gaz. d. hop.*, Paris 1889.

JAULET ET NOTTA. — *Progrès médical* 1886, p. 106.

HALMAGRAND. — Société de chirurgie. Décembre 1881.

REINIER ET WÜRTZ. — Société de chirurgie 1888.

DUPOLOY. — Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Blois.

SABATIER. — Kyste à grains riziformes opéré par un procédé particulier. *Rev. de chirurgie* 1885, p. 896.

WEISS. — De l'incision antiseptique des kystes à grains riziformes. *Rev. de chirurgie* 1885, p. 449.

BOUILLY. — *Gazette médicale* de Paris 1881, p. 438.

TRÉLAT ET JAMAIN. — *Progrès médical* 1882.

FORGUE ET ETIENNE. — Anat. path. de la synovite tendineuse à grains riziformes. *Rev. de chirurgie* 1913.

FORGUE ET RECLUS. — Précis de technique chirurgicale.

LE DENTU ET DELBET. — Traité de chirurgie.

---

En ma qualité de Censeur de tour,  
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :  
*En point de technique dans le traitement des synovites bacillaires*, par  
M. Théodore Champneuf.

Je pense que la Faculté peut en  
permettre l'impression.

Montpellier, le 9 juillet 1921.

Le Professeur.

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

## SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---





